

Aktualne problemy medycyny – technika czy etyka?

Wojciech Płazak

Klinika Chorób Serca i Naczyń, Collegium Medicum,
Uniwersytet Jagielloński

Contemporary problems in medicine – technique or ethics?

Abstract

Technical and pharmacological revolution in contemporary medicine has not resolved the ethical problems that seem to be more relevant today than ever before. Most of the papers that concern medical ethics focus on ‘great’ problems, such as human genome sequencing, organisms cloning and quantitative or qualitative interference with life creation. This article, however, describes practical ethical problems that the doctors face in every-day practice. First of all, the problem of how the standards of prophylaxis and treatment should be established when the costs exceed financial possibilities of a health system. Secondly, how to face the problem of rare diseases when the cost of a single patient treatment may be equal to the whole medical department budget. Thirdly, how to proceed with elderly patients with multiple diseases qualified for invasive procedures. All of these examples share the common base: in these cases the technical equipment is at our disposal, yet we cannot or we do not want to use it.

Keywords

medical ethics, medical standards, medical financing, rare diseases, elderly patients.

Dynamiczny rozwój medycyny powoduje systematyczne wydłużanie czasu trwania ludzkiego życia oraz poprawę jego komfortu. Powstają nowe leki, stosujemy nowe procedury diagnostyczne i terapeutyczne, które umożliwiają skuteczniejsze leczenie chorób. Przykładem może być zawał serca. Przed 30 laty chory z rozpoznanym świeżym zawałem serca był leczony farmakologicznie, następnie wdrażano długotrwałą rehabilitację. Stopień uszkodzenia serca, do którego dochodziło podczas zawału był duży, ilość zgonów wśród chorych przyjętych do szpitala – wysoka. Obecnie chory ze świeżym zawałem serca jest natychmiast po zgłoszeniu transportowany do najbliższego zakładu hemodynamiki (karetka pogotowia, śmigłowiec), gdzie wykonywany jest diagnostyczny zabieg koronarografii. Podczas tego zabiegu stwierdza się, które tętnice wieńcowe są zamknięte lub krytycznie zwężone, jednocześnie wykonuje się ich udrożnienie i poszerzenie. Zdarza się często, że zabieg wykonywany jest tak szybko od rozpoczęcia objawów zawału, że serce chorego nie jest uszkodzone, co wpływa na możliwość szybkiego wypisu ze szpitala (nawet następnego dnia), a rokowanie pacjenta z nieuszkodzonym sercem jest dobre.

Pomimo zdecydowanego postępu medycyny, szczególnie technik zabiegowych, ilość problemów powstających wokół ochrony zdrowia jest bardzo duża. Swoje niezadowolenie zgłaszają zarówno pacjenci, jak i lekarze. Poniżej postaram się przybliżyć podstawowe problemy, z którymi styka się lekarz w swojej codziennej praktyce. Moje spojrzenie jest praktyczne, jako lekarza, który od ponad 20 lat zajmuje się leczeniem pacjentów w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii oraz intensywnej terapii. Jak zobaczymy, praktyczne trudności wiążą się z koniecznością podejmowania decyzji o charakterze

etycznym. Nawet wówczas, gdy problemem jest niska dostępność sprzętu lub leków, jego podstawa leży w etycznej decyzji społeczeństwa o ilości środków przeznaczonych na ochronę zdrowia.

1. Problemy „wielkie”, problemy codzienne

Etyczne problemy medycyny, o których słyszymy w mediach, to przede wszystkim kwestie, które nazwałbym „wielkimi” problemami współczesnego człowieka. Sporo miejsca poświęca się sprawom sekwencjonowania genomu ludzkiego, klonowaniu organizmów czy ilościowej i jakościowej ingerencji w kreację życia. Etyczna waga tych problemów jest bardzo istotna, i to właśnie im poświęcone są publikacje zajmujące się etyką medyczną. Jednak w codziennej praktyce nie mają one znaczenia – lekarze praktykujący w ośrodkach uniwersyteckich, szpitalach miejskich czy poradniach nie prowadzą na co dzień terapii genetycznych i nie klonują organizmów. Nie na te tematy chciałbym zatem zwrócić uwagę. Pozwolę sobie jedynie na krótki komentarz. Często medialność problemu (czy sposób przedstawienia istotności problemu w środkach masowego przekazu) są większe, niż jego rzeczywista waga. Wiele na przykład pisano na temat przełomu, który nastąpi po zsekwencjonowaniu genomu ludzkiego. Genom zsekwencjonowano i medialna burza ucichła, bowiem nic szczególnego się nie zmieniło. Od otrzymania samej informacji o kolejności par zasad w DNA poszczególnych ludzi bardzo bowiem daleko do możliwości ingerencji genetycznej o znaczeniu klinicznym. Osoby pozostające pod wrażeniem faktu sklonowania owcy jako istotnego jakościowo przełomu w rozwoju ludzkości (tak w niektórych mediach było to przedstawiane) trzeba uświadomić, że klonowanie ssaków jest rzeczywiście pewnym osiągnięciem technicz-

nym, ontologicznie jednak nie ma w tym niczego nowego: klonami zawierającymi tę samą informację genetyczną są bliźnięta jednojajowe, których wiele szczęśliwie chodzi po świecie. Oczywiście wykorzystanie techniki klonowania do tworzenia kopii organizmów, czy wreszcie ingerencja jakościowa w kreację życia budzą uzasadniony sprzeciw. Bez względu na światopogląd musimy się zgodzić, że to nie człowiek stworzył życie i – jak sądzę – w dalszym ciągu nie jest jego twórcą, a co najwyżej współtwórcą, zatem jakakolwiek ingerencja w tej dziedzinie musi być poprzedzona dogłębnym namysłem etycznym.

Pozostawiając wspomniane powyżej „wielkie” problemy etyki medycznej, chciałbym skupić się na tych, które wymagają od lekarza podejmowania decyzji w codziennej praktyce. Szczególnego miejsca wymagają: wybór sposobu diagnostyki i terapii wobec dostępnych środków oraz odstąpienie od leczenia teoretycznie możliwego.

2. Konieczność wyboru terapii wobec dostępnych środków

Gdyby zapytać lekarzy i pacjentów, czy w medycynie brakuje obecnie środków finansowych, odpowiedź byłaby jednogłówna: tak. Ilość środków przeznaczonych na ochronę zdrowia jest – w stosunku do potrzeb – zbyt niska. Zwiększenie nakładów spowodowałoby poprawę profilaktyki chorób, zwiększyłoby rozpoznawalność chorób i poprawiło wyniki ich leczenia. Rzeczywisty problem jednak jest głębszy. Trzeba zdać sobie sprawę z faktu, że środków finansowych w ochronie zdrowia zawsze będzie zbyt mało, niezależnie od nakładów. Jest tak w każdym kraju świata, niezależnie od sposobu finansowania ochrony zdrowia. Dlaczego?

Zacznijmy od profilaktyki. Zasady postępowania profilaktycznego obowiązujące u dzieci, następnie u pracowników zakładów pracy, a także zalecane sposoby wykonywania badań kontrolnych i przesiewowych w populacji ogólnej, są wynikiem analizy koszt-efektywność, są zatem wypadkową możliwości finansowych systemu opieki zdrowotnej oraz skuteczności tych metod. Dla przykładu, w ramach badań przesiewowych u osób dorosłych do niedawna powszechnie wykonywano w odstępach kilkuletnich zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej. Obecnie takiej profilaktyki się szeroko nie stosuje: powodem jest niepełna skuteczność w wykrywaniu chorób nowotworowych płuc czy gruźlicy, narażenie (choć minimalne) na promieniowanie rentgenowskie, ale także koszty. Ze względu na koszty ilość badań laboratoryjnych wykonywanych systematycznie u pracowników zakładów pracy w ciągu ostatnich lat zdecydowanie się zmniejsza. Zwróćmy teraz uwagę na fakt powstania nowych możliwości diagnostycznych. Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego jest, w przeciwieństwie do promieniowania rentgenowskiego, techniką bezpieczną dla organizmu, a przede wszystkim bardziej wydolną w wykrywaniu patologii w stosunku do klasycznych zdjęć radiologicznych. Z punktu widzenia korzyści w profilaktyce zdrowotnej okresowe (np. coroczne) wykonywanie badania MR całego ciała byłoby niezwykle cenne. Takie zalecenie jednak nie pojawia się, łatwo bowiem oszacować, że – wyceniając badanie na 700–800 zł – dla Polski koszt takiego przedsięwzięcia to około 30 miliardów złotych rocznie. Gdyby jednak środki finansowe się pojawiły, okresowe badanie MR mogłoby być równie często stosowane, jak np. kontrola stomatologiczna. Mamy jeszcze inne, skuteczniejsze metody diagnostyki. W zakresie chorób nowotworowych jest taką metodą pozytronowa tomografia emisyjna (PET). To technika jeszcze droższa od rezonansu magnetycznego. Gdyby tylko zwiększyć

odpowiednio nakłady na ochronę zdrowia, okresowe populacyjne badania PET mogłyby drastycznie obniżyć ilość zbyt późno rozpoznanych chorób nowotworowych. Zwiększenie nakładów na obrazowe badania profilaktyczne przyniosłoby dodatkowe obciążenie dla budżetu: zwiększona ilość rozpoznawanych chorób spowodowałaby wzrost środków koniecznych dla ich leczenia. Profilaktyczne badania obrazowe to tylko przykład możliwych do wprowadzenia sposobów poprawy wczesnej wykrywalności chorób. Jak widać, korzyści z takich zmian byłyby olbrzymie, ale konieczne do poniesienia koszty zbyt duże. Wniosek jest jeden: niezależnie od ilości dostępnych środków, problem konieczności wyboru metod profilaktyki i terapii będzie istniał. Ograniczeniem nie są tu możliwości techniczne. Dostępne metody nie mogą i nie będą mogły być nigdy w pełni wykorzystane. Decyzją natury etycznej pozostanie, zarówno w przypadku indywidualnego kontaktu lekarz-pacjent, jak i na poziomie prawodawczym, jakie sposoby profilaktyki będą stosowane.

Ograniczona ilość środków w ochronie zdrowia jest także przyczyną konieczności wyboru terapii, którą możemy zastosować u danego chorego. Jest to, w porównaniu do profilaktyki, o tyle naglące i moralnie angażujące, że oto stoi przed nami chory człowiek. Podjęcie szybkiej decyzji ma istotne dla jego rokowania znaczenie.

Konieczność wyboru sposobu terapii dotyczy nie tylko decyzji indywidualnych, ale także ogólnych zasad kwalifikacji chorych do procedur leczniczych. Większość chorych konsultowanych przez lekarzy ma schorzenia typowe, leczenie jest łatwo dostępne i stosunkowo tanie. Istnieją jednak przypadki, gdy lekarz rozpozna chorobę, której leczenie jest bardzo drogie. Dotyczy to przede wszystkim tzw. chorób rzadkich, o częstości występowania poniżej 5 na 100 000 osób. Chociaż każda z chorób rzadkich występuje sporadycznie, olbrzymia ilość ich rodzajów (5856 chorób aktualnie wymienionych

w bazie internetowej Orphanet) powoduje, że ilość chorych w tej grupie jest duża. Tabela 1 obrazuje przykłady częstości występowania wybranych chorób i rocznych kosztów leczenia jednego pacjenta w Wielkiej Brytanii.

Choroba	Ilość chorych	Średni roczny koszt leczenia jednego chorego w funtach angielskich
nadciśnienie tętnicze	16 000 000	70
astma oskrzelowa	5 100 000	80
schizofrenia	260 000	1 200
hemofilia A	5 000	35 000
przewlekła białaczka szpikowa	2 600	25 000
choroba Gauchera	270	100 000
choroba Fabry'ego	100	120 000
mukopolisacharydoza typ 1	130	360 000

Tabela 1: Częstość występowania wybranych chorób i roczny koszt leczenia jednego pacjenta w Wielkiej Brytanii (*NICE Citizens Council Report. Ultra Orfan Drugs*, 2004).

Istnieją także choroby występujące bardzo często, dla których w ostatnich latach pojawiły się nowe – lecz drogie – metody leczenia. W tym przypadku olbrzymie społeczne koszty leczenia nie wynikają z ceny leku dla indywidualnego chorego, ale z dużej liczby chorych. Dobrym przykładem jest reumatoidalne zapalenia stawów. Choroba występuje u 0,5–1% populacji ogólnej. Wprowadzenie do leczenia tzw. leków biologicznych, których działanie oparte jest o mechanizm

immunologiczny, pozwala zdecydowanie zmniejszyć nasilenie objawów oraz stopień progresji choroby. Roczny koszt leczenia jednego chorego może sięgnąć 20.000 dolarów amerykańskich (Bonafede i in., 2015). Gdyby zatem chcieć zastosować to leczenie u wszystkich pacjentów w Polsce, koszt takiego przedsięwzięcia wyniósłby około 4 miliardy złotych. W Stanach Zjednoczonych Medicare wydaje rocznie na ten cel ponad 1 miliard dolarów (Yazdany i in., 2015). Ponieważ nie jest to wystarczające, średnia kwota dopłaty, które ponosi chory, wynosi ponad 800 dolarów miesięcznie. Co najmniej 1 na 6 chorych decyduje się przerwać terapię ze względu na wysoki koszt (Yazdany i in., 2015). Amerykańskie zalecenia dla lekarzy nakazują przeprowadzenie rozmowy z pacjentem chorym na reumatoidalne zapalenie stawów co do możliwości wdrożenia i stosowania terapii biologicznej. W Polsce leczenie biologiczne jest stosowane zaledwie u 1% chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Tłustochowicz, 2011).

Powyższe dane jasno dowodzą, że jednym z głównych problemów współczesnej medycyny jest konieczność wyboru sposobów terapii, którą możemy zastosować, wobec ograniczonej ilości środków. Oczywiście jest, że środków nie może przybyć „z zewnątrz”, możemy jedynie podejmować decyzje co do rozdziału środków dostępnych.

Rozważmy dla przykładu następującą kwestię. Jak widać z Tabeli 1, roczny koszt leczenia jednego chorego może sięgać 2 mln złotych. Jest to suma, która może wystarczyć na roczne funkcjonowanie oddziału onkologicznego. Czy wobec niedostatków opieki onkologicznej spowodowanych problemami finansowymi wolno nam wydać pieniądze na leczenie chorego z mukopolisacharydozą, podczas gdy moglibyśmy dzięki tym środkom leczyć w tym czasie dużą grupę chorych onkologicznie?

Dokonanie wyboru ma naturę etyczną. Wybór musi zostać dokonany, ale nie można nim obciążać indywidualnie ani lekarza leczącego chorego, ani dyrektora szpitala, ani ministra zdrowia. Dokonanie wyboru powinno być poprzedzone szeroką dyskusją społeczną. Niestety liczba osób świadomych konieczności takiej dyskusji jest mała. Nawet zawodowi etycy medyczni zajmują się głównie wspomnianymi na wstępie artykułu problemami genetyki czy kreacji życia, rzadko zabierając głos w sprawie finansowania opieki medycznej. W niektórych krajach zdano sobie sprawę z wagi problemu. Przykładem może być Wielka Brytania. Utworzono tu NICE (National Institute for Clinical Excellence) – ciało doradcze wchodzące w skład systemu opieki zdrowotnej służące profesjonalistom medycznemu radą w trudnych kwestiach natury etycznej (*NICE Citizens Council Report. Ultra Orfan Drugs*, 2004). Co pouczające, w skład instytutu wchodzi nie lekarze, ekonomiści, prawnicy czy ministrowie: instytut utworzony jest z losowo wybranych obywateli (dla przykładu zawody pierwszych na liście członków: elektryk, śpiewak, inżynier, pracownik sklepu). Członkowie instytutu otrzymują merytoryczne informacje dotyczące dyskutowanego problemu, a następnie kwestia poddawana jest głosowaniu.

W aspekcie finansowania bardzo drogich w leczeniu chorób NICE wyraża następujące opinie (*NICE Citizens Council Report. Ultra Orfan Drugs*, 2004):

- częstość występowania choroby nie powinna mieć wpływu na podejmowanie decyzji o finansowaniu leczenia,
- najważniejsza jest efektywność możliwego do zastosowania leczenia; im spodziewany efekt lepszy, tym więcej możemy zapłacić za leczenie,

- finansowanie bardzo drogich w leczeniu chorób powinno być centralne i niezależne od lokalnych budżetów szpitalnych,
- górna granica kwoty, którą możemy wydać na leczenie pojedynczego człowieka nie może być sztywno ustalona i konieczne wymaga stałej dyskusji społecznej.

Zastanówmy się teraz, według jakich zasad ogólnych możemy decydować o rozdziale środków. Gdyby za punkt wyjścia uznać libertarianizm i stworzyć w pełni wolny rynek usług medycznych, żadna z osób chorych na drogą w leczeniu chorobę nie mogłaby sobie na to leczenie pozwolić, a zatem nie byłaby leczona. Zasady utilitaryzmu, mające na celu zwiększenie ogólnego, a nie indywidualnego dobra, także nie pozwalają na leczenie takich chorób: wydatki są duże, a efekt leczenia na tle ogólnych potrzeb znikomy. Wydaje się, że dominujące w sposobie rozumienia sprawiedliwego rozdziału środków w opiece medycznej są obecnie zasady egalitaryzmu, a zatem równego traktowania wszystkich ludzi. Co jednak to w praktyce oznacza? W życiu codziennym nie oznacza to równego rozdysponowania środków na ochronę zdrowia na wszystkich obywateli, bo bardziej chory człowiek otrzymuje więcej środków. Leczy się kolejnych zgłaszających się do lekarzy pacjentów. Kolejnych chorych, wobec niewystarczających środków, umieszcza się na liście oczekujących, czyli w kolejce. Tak przyzwyczailiśmy się do kolejek pacjentów oczekujących na leczenie (operacji stawu biodrowego, zaćmy, wszczepienia rozrusznika serca etc.), że trudno jest obiektywnie spojrzeć na etyczną ocenę tego stanu rzeczy. Wydaje się, że trudno zaproponować lepsze rozwiązanie, choć trzeba sobie zdawać sprawę z poważnych wad tego systemu. Jasno trzeba zdać sobie sprawę, że stan części chorych oczekujących na leczenie może ulegać stopniowemu pogorszeniu, natomiast część chorych oczekujących w kolejce

może umrzeć z przyczyn bezpośrednio związanych z chorobą (np. zatrzymanie krążenia u chorego oczekującego na implantację kardio-stymulatora) lub związanych z chorobą pośrednio (np. zapalenie płuc zakończone zgonem u starszej osoby unieruchomionej z powodu dysfunkcji stawu biodrowego). W nurcie egalitaryzmu – obok teorii kolejek – rozwinięta została także teoria loterii. W loterii każdy obywatel przed losowaniem ma także równe szanse. Nie wspominam tutaj o loterii dlatego, bym sądził, że może stać się podstawą decydowania o dostępności do usług medycznych. Loteria zastosowana w ten sposób budzi uzasadniony sprzeciw. Chciałbym jednak zasugerować porównanie loterii z kolejkami po to, by pokreślić raz jeszcze, że decydowanie o dostępności do usług medycznych w oparciu o kolejki nie jest rozwiązaniem dobrym. Przykładem niech będzie leczenie onkologiczne. Mimo podejmowanych wysiłków finansowych i organizacyjnych, czas oczekiwania na leczenie onkologiczne od momentu rozpoznania choroby jest zbyt długi. U chorych oczekujących w kolejkach choroba postępuje, a zatem wyniki leczenia podjętego później są gorsze. Gdyby zastosować w praktyce teorię loterii, część chorych, która wylosowała leczenie, może być leczona natychmiast. Wyniki w tej grupie byłyby lepsze, więcej byłoby wyleczeń. Ci, którzy leczenia nie wylosowali, byłiby natomiast w sytuacji złej. Powyższy przykład podaję po to, by zwrócić uwagę na wady systemu kolejek i możliwe zalety tak skrajnych (i etycznie, jak sądzę, nie do przyjęcia) systemów, jak loteria. Modyfikacją zasad egalitaryzmu mogą być zasady priorytetyzacji, a zatem stworzenia listy osób, które mogą mieć łatwiejszą dostępność do usług medycznych. Taka priorytetyzacja jest stosowana: dotyczy przede wszystkim stanów nagłych, zagrażających życiu. Wymaga jednak stałej społecznej dyskusji kwestia

innych grup, które mogłyby otrzymywać leczenie bez kolejek, dla przykładu dzieci, pacjenci z chorobami zakaźnymi, onkologicznymi itp.

Patrząc na opiekę medyczną jako praktyk muszę stwierdzić, że warta przeanalizowania jest możliwość zwiększenia dostępności usług medycznych poprzez wprowadzenie dopłat, które pacjent oczekujący szybszej procedury medycznej lub procedury na poziomie ponadstandardowym, byłby zobligowany uiścić. Jest bardzo wielu pacjentów, którzy dysponując środkami finansowymi chcieliby otrzymać pomoc szybciej, nie mogą jednak w obecnym systemie tego zrealizować. Sądzę, że zgoda na możliwość współfinansowania leczenia przez pacjenta odciążałaby system ochrony zdrowia, nie wpływając na pogorszenie dostępności do procedur dla tych osób, które oczekują na leczenie bez współfinansowania. Przykładem, że żadnego systemu ochrony zdrowia nie stać na pełne konieczne finansowanie, jest omówiona powyżej sytuacja leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów lekami biologicznymi. Podczas gdy w USA chorzy współfinansują swoje leczenie (30% chorych z r.z.s. jest leczonych biologicznie) (Yazdany i in., 2015), w Polsce brak współfinansowania jest jedną z przyczyn, dla której liczba leczonych jest skrajnie niska (1%).

3. Odstąpienie od leczenia teoretycznie możliwego

Wydłużenie średniego czasu trwania życia powoduje, że wiek chorych zgłaszających się z chorobami wymagającymi przeprowadzenia procedur inwazyjnych bardzo wzrasta. Przed dwudziestu laty średnia wieku pacjentów operowanych z powodu chorób serca w ośrodku, w którym pracuję, wynosiła około 50 lat. Obecnie biorę udział

w kwalifikacjach do zabiegów i zdarza się, że zgłaszani do dużych zabiegów kardiochirurgicznych są chorzy w wieku ponad 90 lat, a często podczas kwalifikacji wszyscy omawiani pacjenci są w wieku ponad 70 lat. To kolejny przykład sytuacji, gdy decyzja, którą należy podjąć, nie wynika z możliwości technicznych medycyny (takie istnieją i są dostępne), a jest podejmowana po rozważeniu korzyści dla pacjenta. To także decyzja natury etycznej.

Przyjrzyjmy się tej kwestii nieco bardziej szczegółowo na wybranym przykładzie. Zgłasza się chory lat 85, który od kilku lat wymaga stałej opieki osób drugich, nie jest bowiem samodzielny, prowadzi leżący tryb życia. Zazwyczaj jest zorientowany co do własnej osoby i co do miejsca, w którym się znajduje, choć zdarzają się dni, gdy kontakt słowny jest utrudniony. Choruje na niewydolność serca, został przyjęty do szpitala z powodu typowych objawów zaostrenia tej choroby: duszności i obrzęków nóg. Zastosowałem farmakoterapię, uzyskałem poprawę stanu pacjenta – nie ma duszności spoczynkowej, obrzęki są znacznie mniejsze. Mogę wypisać go do domu. Wiem jednak, że w jego chorobie (obok możliwości zaostrenia, które właśnie opanowałem lekami) istnieje ryzyko nagłego zatrzymania krążenia. Jedyne sposoby wydłużenia życia jest implantacja kardiowertera-defibrylatora, czyli specjalnego typu rozrusznika serca, który w przypadku zatrzymania krążenia jest w stanie przywrócić właściwy rytm serca. Pacjent spełnia kryteria wskazań do implantacji, które podane są w międzynarodowych standardach medycznych. Co powinienem zrobić? Jeśli chory spełnia kryteria wskazań do implantacji i nie ma przeciwwskazań, mogę kwalifikować go do zabiegu. Jest jednak inna strona tej kwestii. Po pierwsze, obraz starości, którego zapewne byśmy sobie sami życzyli, to obraz spokoju, domu i kontaktu z osobami bliskimi. Kwalifikowanie osób starszych do inwazyjnych procedur (implantacja kardiowertera-

defibrylatora wiąże się z koniecznością znieczulenia ogólnego, ponieważ podczas zabiegu wywołuje się celowo krótkotrwałe zatrzymanie krążenia; po zabiegu istnieje możliwość nieuzasadnionych wyładowań – defibrylacji u przytomnego człowieka), która jest większym obciążeniem fizycznym i psychicznym, niż dla osób młodych. Wiemy, że już sama hospitalizacja starszej osoby dość często powoduje zaburzenia psychiczne z psychozą włącznie. Po drugie, aktualnie (w momencie pisania tego artykułu) termin oczekiwania na planowe wszczepienie kardiowertera-defibrylatora wynosi 2,5 roku. W kolejce oczekuje wiele aktywnych osób młodych. Trzeba jasno zdawać sobie sprawę, że wśród osób oczekujących na zabieg zdarzają się zgony, których dałoby się uniknąć wcześniejszym wykonaniem zabiegu implantacji. Zatem kwalifikując analizowanego pacjenta na listę oczekujących na zabieg listę tę wydłużam, zmniejszając szansę przeżycia kolejnych zakwalifikowanych chorych. Jak widać, podjęcie decyzji nie jest łatwe. Często zapytujemy w takich sytuacjach sami siebie, jak postąpilibyśmy z członkami własnej rodziny. Osobiście osoby najbliższej, która znalazłaby się w omówionej sytuacji, nie kwalifikowałbym do zabiegu. Postąpiłaby tak spora ilość moich kolegów lekarzy. Inni jednak kwalifikują wszystkich chorych, którzy spełniają kryteria kwalifikacyjne i nie mają przeciwwskazań. Oczywiście tam gdzie to możliwe decyzja jest uzgadniana z chorym lub jego rodziną. Technicyzacja medycyny i wieloaspektowość zagadnień medycznych jest jednak tak duża, że zazwyczaj nie da się wprowadzić pacjenta, zwłaszcza starszego, na tyle głęboko w zagadnienie, by mógł w pełni świadomie pomóc nam w podjęciu decyzji. To zatem lekarz musi ją podjąć. Kwalifikowanie do inwazyjnych procedur każdego pacjenta, który nie ma bezwzględnych przeciwwskazań, ma także inny podtekst. Lekarze mają obawę, że zdyskwalifikowanie chorego od inwazyjnej interwencji może w przyszłości

spowodować, że chory lub jego rodzina będzie na drodze sądowej starała się wyjaśnić, dlaczego lekarz nie wykorzystał wszystkich istniejących teoretycznie możliwości terapii. Nawet jeśli nie dojdzie do procesu sądowego, sama informacja o złożeniu doniesienia o możliwości popełnienia przestępstwa czy kontakt z prokuraturą celem złożenia wyjaśnień są (psychicznym i czasowym) obciążeniem dla lekarza. Lekarz zatem kwalifikuje chorego do możliwych do wykonania procedur, mimo że członków własnej rodziny pozostawiłby bez zabiegu. Czasami rodzina nalega na wykonanie zabiegu sądząc, że wykonanie procedury przywróci sprawność fizyczną czy psychiczną osoby starszej i chorej.

Przy kwalifikacji do zabiegów chirurgicznych szczególną wagę powinno przywiązywać się do stanu mentalnego chorego, tzw. zespołu kruchości oraz możliwości rehabilitacji i opieki, którą chory będzie mógł otrzymać po zabiegu. Istnieje wiele skal oceny stanu mentalnego chorego, ale najprostsza ocena orientacji autopsychicznej (co do własnej osoby) oraz allopsychicznej (co do otoczenia) jest kluczowa (oczywiście zaburzenia w tym zakresie nie dyskwalifikują chorych, jeśli są wynikiem patologii, które mamy leczyć, np. nie dyskwalifikujemy chorego nieprzytomnego od leczenia udaru mózgu, który tę nieprzytomność spowodował). Kruchość układu kostnego oraz ograniczone możliwości rehabilitacji poważnie pogarszają rokowanie po zabiegach. Rodzina chorego nalegająca na wykonanie zabiegu często nie zdaje sobie sprawy, że ciężar rehabilitacji i opieki nad chorym w długim okresie rekonwalescencji pozabiegowej będzie spoczywał na niej, i że poprawa wydolności chorego w stosunku do stanu aktualnego będzie możliwa po długim okresie pozabiegowym, kiedy ta wydolność będzie mniejsza.

Nie ulega wątpliwości, że rozwój medycyny umożliwia wykonywanie coraz bardziej złożonych procedur medycznych u coraz star-

szych pacjentów, obciążonych dużą ilością schorzeń współistniejących. Możliwość ich zastosowania wydłuża życie i poprawia jego komfort. Konieczne jest zatem korzystanie z tego rozwoju i nowe podejście do leczenia osób, które nie tak dawno nie miałyby możliwości uzyskania pomocy. Należy jednak także pamiętać, że nie wolno ślepo oddawać się nowoczesnej technicyzacji i w pogoni za możliwością przeprowadzenia nowych, skomplikowanych zabiegów zapomnieć o konieczności bezpośredniego kontaktu ze starszym, chorym człowiekiem, dla którego spokój i pobyt w domu wśród członków rodziny może być ważniejszy niż zakończenie życia wśród ponawianych prób zastosowania nowych możliwości terapii inwazyjnej w warunkach szpitalnych.

4. Podsumowanie

Poniżej przedstawiam przesłanie, które kieruję do lekarzy. Niech służy czytelnikom, którzy lekarzami nie są, jako punkt wyjścia dalszych rozważań oraz zachęta do wzięcia udziału w dyskusji, której członkami muszą być nie tylko lekarze, ale wszyscy czujący odpowiedzialność za kondycję człowieka.

- Nie myśl, że zwiększenie nakładów finansowych na służbę zdrowia zlikwiduje problem konieczności wyboru metod profilaktyki i leczenia.
- Pamiętaj, że znanych jest wiele skutecznych leków czy technik zabiegowych, które nie są i nie będą w pełni wykorzystywane.
- Pamiętaj, że jeśli wywalczyłeś środki na leczenie Twojego pacjenta, zabrano je ze wspólnej puli i dla innych będzie mniej.

- Pamiętaj, że standardy mają status uogólniających zaleceń; działaj tak, jak w Twojej ocenie jest najlepiej dla indywidualnego chorego.
- W przypadku ciężko chorych ludzi z wieloma schorzeniami towarzyszącymi, szczególnie starszych, to Ty zazwyczaj decydujesz, czy lepiej jest skierować ich na długą i uciążliwą drogę specjalistycznej diagnostyki i terapii, czy zastosować środki mniej inwazyjne.
- Widzisz zatem, Twoje codzienne wybory są natury etycznej.
- Masz prawo żądać, by proces Twojego kształcenia adekwatnie obejmował problemy etyki.

Bibliografia

- Bonafede, M. i in., 2015. Cost per patient-year in response using a claims-based algorithm for the 2 years following biologic initiation in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Medical Economics*, 18(5), ss. 376–389. Dostępne na: <https://doi.org/10.3111/13696998.2014.1001849>.
- NICE Citizens Council Report. *Ultra Orfan Drugs*, 2004. CorporatePage. Dostępne na: <<https://www.nice.org.uk/>> [ostatni dostęp: 21 listopada 2018].
- Thustochowicz, W., 2011. *Potrzebna terapia lekami biologicznymi [Rozmowa z prof. Witoldem Thustochowiczem, konsultantem krajowym w dziedzinie reumatologii.]* [Online]. Dostępne na: <<https://www.rp.pl/artykul/631692-Potrzebna-terapia--lekami-biologicznymi.html>> [ostatni dostęp: 21 listopada 2018].
- Yazdany, J. i in., 2015. Coverage for high cost specialty drugs for rheumatoid arthritis in medicare part D. *Arthritis & Rheumatology* [Online], 67(6), ss. 1474–1480. Dostępne na: <https://doi.org/10.1002/art.39079> [ostatni dostęp: 21 listopada 2018].